

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

onditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

aire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

de et Affection Longue Durée ALD et ALD :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº M20- 0009325

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8970

Société : RAN

5058

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL FILALI EL MUSTAPHI

Date de naissance : 03/11/1971

Adresse :

Tél. : 0664464074

Total des frais engagés : 04 DEC. 2020 Dhs



Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis sur la présente déclaration. Je déclare

avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : /

Signature de l'adhérent(e) :



RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
 - La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 8970		Société : R.A.M	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre : 04 DEC 2020	
Nom & Prénom : ELFILALI ELMUSTAPHA			
Date de naissance : 29/11/1971			
Adresse : N° 36 Résidence ELKHÉIR TARGA MARRAKECH			
Tél. : 0664464074 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 05/10/2020			
Nom et prénom du malade : ELFILALI ELMUSTAPHA Age : 49			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie :			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste que je suis au courant des obligations portées sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.
Fait à : *Marrakech* **Le :** *05/10/2020*
Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
05/10/20	CS		350,00	INP : 11111111 <i>[Signature]</i>

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
RES. KOUTI TEL: 0524 DR Karima M&P	06/10/2018	S 2 m général A	3000.000 H
	05/10/2018	général A	3000.000 H

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>

[Création, remont, adjonction]	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 B 35533411 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

مصحة الأطلس الكبير
Clinique Grand Atlas



Ordonnance وصفة

Marrakech, le : ٢٥.١٠.٢٠٢٣.

ن: EL filali EL Mustapha.

Age = 49 ans.

Gastral Irreversible avec aspiration
+ lésion muscul.

IRM 5- fer à l'irr.

Pr. TOUFIK ZOUA
CENTRE DE SOINS ET DE REHABILITATION HUGO
Prise en charge de patients de toute la France
Tunisie - Maroc - Algérie - Libye - Egypte - Tunisie - Maroc - Algérie - Libye - Egypte
Tel: 0524 393900 - 0524 393901 - 0524 393902

Prof. M.A. BENHMA
Professeur Agrégé
Traumatologie - Orthopédie
INP : 091038939

CENTRE DE RADIOLOGIE VICTOR HUGO

Rés koutoubia B 4 Av Mohammed VI - Marrakech
Tél. 05 24 43 42 42/ Fax 05 24 43 58 85

021076534



F A C T U R E

N° **3 615** / 2020 du **06/10/2020**

Nom patient : **EL FILALI EL MUSTAPHA**

Entrée **06/10/2020**

Prise en charge : **PAYANT**

Sortie **06/10/2020**

	Nombre	Lettre Clé	Prix unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
IRM GENOU DROIT	1,00			
			3 000,00	3 000,00
Total Frais Clinique				3 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Total **3 000,00**

TROIS MILLE DIRHAMS

	Chèque	Total encaissé	Solde
Encaissements	3 000,00	3 000,00	0,00

Ref Chq : TAC N°2107091/

Pr. TOUFIKI ZIOUA
CENTRE DE RADIOLOGIE VICTOR HUGO
Praticien Certifié des Hopitaux de France
Service Radiologie des Hopitaux de Marrakech
RES. 101-33-34-34-42 / FAX 05 24 43 58 85
Tel. 05 24 43 42 42 / (2)



06/10/2020

Nom et Prénom : EL FILALI EL MUSTAPHA

Age : 48 ans

Médecin Traitant : Dr. BENHIMA

IRM GENOU GAUCHE

INDICATION :

- Gonalgie gauche.

TECHNIQUE :

Coupes sagittales en pondération densité de proton et T2.

Coupes coronales et axiales en pondération densité de proton avec saturation du signal de la graisse.

RESULTAT :

Epanchement intra articulaire de moyenne abondance.

Kyste poplité mesurant 37x80mm.

Compartiment fémoro-tibial médial

- ♦ Quelques zones de chondromalacie.
- ♦ Absence d'anomalie morphologique ou de signal du menisque interne.
- ♦ Absence de lésion osseuse fémoro-tibiale.
- ♦ Pas d'épaississement pathologique du plan ligamentaire médial.

Echancreure inter-condylienne :

- ♦ Infiltration mucoïde du ligament croisé antérieur sans dissolution de continuité.
- ♦ Absence d'anomalie morphologique ou de signal du ligament croisé postérieur.

Etude du compartiment latéral :

- ♦ Discret pincement fémoro tibial.
- ♦ Quelques zones de chondromalacie.
- ♦ Absence d'anomalie morphologique ou de signal du menisque externe.
- ♦ Pas d'épaississement pathologique du plan ligamentaire latéral ni de la portion distale du tenseur du fascia lata.

Compartiment fémoro-patellaire :



مركز فيكتور هيغو للفحص بالأشعة

CENTRE DE RADIOLOGIE VICTOR HUGO

Centre
Victor
Hugo

SCANNER 16 BARETTES 3D 4D (6 C/T) - ANGIO-SCANNER-PONCTION BIOPSIE SCANNOGUIDÉ-ARTHROSCANNER

INFILTRATION SCANNOGUIDÉ - COLOSCOPIE VIRTUELLE - DENTASCAN - NEURO/BODY PERfusion

RADIOLOGIE GENERALE-PANORAMIQUE DENTAIRE - ECHOGRAPHIE-DOPPLER VASCULAIRE VEINeUX ET ARTERIEL- MAMMOGRAPHIE

06/10/2020

Nom et Prénom : EL FILALI EL MUSTAPHA

Age : 48 ans

Médecin Traitant : Dr. BENHIMA

SUITE

- ◆ Absence d'anomalie du cartilage rotulien ou de l'os sous-chondral.
- ◆ Absence d'anomalie de l'appareil extenseur ou de la graisse de Hoffa.
- ◆ Epanchement intra-articulaire modéré sans diverticule poplité.

CONCLUSION :

- ◆ *Infiltration mucoïde du ligament croisé antérieur.*
- ◆ *Epanchement intra articulaire de moyenne abondance.*
- ◆ *Kyste poplité.*
- ◆ *Chondromalacie fémoro tibiale bilatérale.*

Merci de votre confiance

Confraternellement
Pr. Ass. T. ZIOUA

Pr. Toufiq ZIOUA
CENTRE DE RADIOLOGIE VICTOR HUGO
Praticien Certifié des Hôpitaux de France
Praticien Radiologue des Hôpitaux des FAR
Rue SOUDRAZI 1, BO ADOHA MEDINA, MARRAKECH
Tél: 05 24 434 262 / Fax: 05 24 435 885
(3)

مصحة الأطلس الكبير
Clinique Grand Atlas



Ordonnance وصفة _____
Marrakech, le : ٥٢ . ١٠ . ٢٠٢٣ .

ج: EL Filali EL Mustapha.

R+ gna Dr.

f + p.

CGA

Clinique Grand Atlas
38 Lot. Jawhar 2 Targa - Marrakech
CNS: 59920258 - N°: 0158 - Région Marrakech
T: 05243939 - ICE: 0016953452800
NPE: 0700000021
T: 05243939 - ICE: 0016953452800
NPE: 0700000021

Prof. M.A. BENHIMA

Professeur Agréé
Traumatologie - Orthopédie
INP : 091036989

CLINIQUE GRAND ATLAS

F A C T U R E

N° 14 156 / 2020 du 05/10/2020

Nom patient	EL FILALI EL MUSTAPHA	Entrée 05/10/2020	Sortie 05/10/2020
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION URG JOUR	1,00	CS	350,00	350,00
RADIO GENOU FACE + PROFIL	1,00		300,00	300,00
Total Frais Clinique			Sous-Total	650,00
				650,00

*Arrêtée la présente facture à la somme de :
SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS*

	Espèces			Total encaissé	Solde
Encaissements	650,00			650,00	0,00





Marrakech, le 05.10.2020

Nom et prénom : MR EL FILALI MUSTAPHA

GENOU DROIT : FACE / PROFIL

Résultat :

- Minéralisation osseuse normale.
- Absence de lésion osseuse décelable.
- Absence d'anomalies des parties molles.

Dr IDDI KARIMA

Dr IDDI KARIMA
Orthopédiste
Membre de la Clinique Grand Atlas

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

Nº M20-09325

emplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :